

EDITORIALE



Uno di noi per difendere il diritto alla salute

DI CIRO CARBONE

Ripartire dall'utente. Che, fuori retorica, significa ripartire dal malato, da chi soffre in un letto, dai destinatari a vario titolo del servizio sanitario.

Ecco cosa deve fare la sanità campana, da troppo tempo impegnata a fiancheggiare i poteri forti, dimenticando la sua naturale mission: curare e preservare la salute dei cittadini. Ed allora, bisogna rivoltare il sistema salute regionale come si rivoltò un calzino. Perciò non bastano i piccoli aggiustamenti e le belle dichiarazioni. E' la filosofia che deve mutare. E con essa gli uomini che hanno fin qui governato.

Ho scritto di getto queste righe e pur rileggendole ho deciso di non cambiare un rigo. E' tempo di dire le cose come sono, con franchezza e senza tentennamenti. Dentro e fuori il sistema salute s'avverte forte un senso di smarrimento. Tutto si muove e si percepisce come un enorme meccanismo di potere. Dove si fa carriera se si conoscono le persone giuste, se si è a traino di qualche partito politico, o di qualche lobby. Dove la meritocrazia non trova spazio. Dove anche gli ammalati vengono trattati a seconda della segnalazione o della raccomandazione.

Anche le recenti valutazioni dei manager, tutte insufficienti, fanno insospettire.

E' possibile che tutti i dirigenti siano improvvisamente diventati degli incapaci? Centra forse qualcosa il terremoto politico-elettorale

che si è abbattuto di recente sulla Regione Campania con le bocciature di massa e con qualche autorevole siluramento anticipato? Qualche sospetto viene, soprattutto considerando che quelle stesse nomine erano state politicamente sostenute. Ma non s'era detto che la politica doveva uscire dagli ospedali? Forse non ci riusciremo mai.

Ma una cosa mi sento qui di dire: è ora di dire basta ad un gestione della salute di tipo affaristico, tutta tesa a fiancheggiare i poteri politici ed economici, mentre molti cittadini napoletani sono costretti ad emigrare per farsi curare, mentre bisogna aspettare mesi e mesi per una visita specialistica, mentre molti bravi professionisti preferiscono emigrare per lavorare con dignità e professionalità.

Da troppo tempo si assiste ad una gestione del sistema salute avvitato su stesso. Autoreferenziale. Dove gli attori sembrano aver smarrito l'obiettivo principale per il quale vengono pagati: prendersi cura di chi soffre. In questi ultimi anni la gestione della sanità, che nella spesa regionale rappresenta la voce più importante (circa il 65 per cento), è servita più alla politica che ai cittadini.

Vengono così accreditate strutture private che dovrebbero invece chiudere, o laboratori e cliniche che lavorano in concorrenza con il pubblico.

Si spiegano così anche le inspiegabili carriere fulminanti di dirigenti e primari, poltrone assegnate con arroganza e spesso senza i necessari

requisiti. Soprattutto nella classe medica c'è un cinico grande affanno ad occupare le posizioni più importanti, a trovare il filone giusto per arrivare. E agli ammalati chi ci pensa?

Noi infermieri abbiamo da tempo scelto di stare dalla parte del cittadino, dalla parte dell'utente, dell'ammalato. Da sempre pensiamo che solo mettendo questi al centro dell'universo sanitario è possibile fornire un servizio all'altezza della domanda. Non così la pensano i consiglieri regionali della Campania. Per tenere in piedi un bilancio compromesso dalle tante operazioni clientelari, i sessanta rappresentanti del popolo hanno deciso bene di ridurre la presenza degli infermieri nelle cliniche private.

Un danno enorme alla qualità dell'assistenza e un attacco frontale ad una categoria professionale che ogni giorno si carica sulle spalle le inadeguatezze e le deficienze del sistema sanitario regionale.

Ecco perché mi chiedo, e chiedo a voi, se sia venuto il momento per portare un nostro rappresentante dentro le istituzioni. Un infermiere, eletto da infermieri, che rappresenti la categoria nelle aule consiliari.

Ma che soprattutto porti con se la coscienza di svolgere un servizio: difendere con umiltà, ma con determinazione, quel diritto alla salute che è parte della Carta costituzionale, ma che i nostri rappresentanti in Regione, Provincia e Comuni hanno decisamente dimenticato.

NapoliSana

Rivista periodica di aggiornamenti professionali, attualità e cultura
Organo ufficiale del Collegio Ipasvi di Napoli

ANNO XIV - N. 2 MARZO - APRILE 2008
 AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NAPOLI N. 4681 DEL 27/9/1995

Direttore editoriale
Ciro Carbone

Direttore responsabile
Pino De Martino

Comitato Scientifico-editoriale

Addolorata Capasso, Ermanno Corsi, Suor Odilia D'Avella, Elio Drigo, Elena Di Mauro, Lucia Farina, Armando Ferrara, Maddalena Finizio, Cesare Formisano, Paolo Giliberti, Antonio Giordano, Antonio Grella, Gesualda La Porta, Ugo Maiellaro, Angelo Montemarano, Concetta Morra, Marta Nucchi, Filippina Onofaro, Anna Palumbo, Marco Papa, Virginia Rossi, Francesco Rossi, Armido Rubino, Loredana Sasso, Nicola Scarpatò, Bruno Schettini, Goffredo Sciaudone, Annalisa Silvestro, Maria Triassi, Maria Vicario, Bruno Zamparelli

Redazione

Gianclaudio Acunzo, Gennaro Ascione, Giuseppe Bianchi, Giuseppe De Falco, Giovanni De Rosa, Anna Di Costanzo, Davide Gatta, Mariagrazia Greco, Luigi Lembo, Alessandro Oliviero, Antonietta Peluso, Angela Piezzo, Gennaro Sanges, Costantino Voltura.

Segreteria di Redazione

Felice Zinno

Hanno collaborato a questo numero

Valerio De Martino, Roberta Esposito, Paola Majello, Peppe Papa, Sandro Santangelo, Pippo Trio, Giancarlo Verde

Editore Collegio Ipasvi Napoli,
 Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
 Tel. 081 440140, Fax 081 440217

Redazione e direzione via Costantinopoli 27,
 Cap. 80138, Napoli, Tel. 081 211931,

Fax 081 44 02 17 e-mail: napoli@ipasvi.it

Televideo RAI pag. 448, www.collegioipasvinapoli.org
 Spedizione in abb. pos. /art. 2, comma 20/c, L. 662/96 Filiale di Napoli
 La riproduzione e la ristampa anche parziali di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

GRAFICA E VIDEOIMPAGINAZIONE - QUORUM
 NAPOLI TEL. 081.40.18.03



NapoliSana n. 2 - Anno XIV Marzo - Aprile 2008

● RUBRICHE



3 Editoriale
Uno di noi per difendere il diritto alla salute

di **Ciro Carbone**

25 News **Gli infermieri e il nuovo Codice deontologico**

Confronto a più voci promosso dall'Ipasvi



34 Malformazioni congenite

La Spina bifida

● LO SPECIALE

17 Il nuovo codice deontologico

Presentata la prima revisione del Codice deontologico dell'infermiere: la nuova frontiera nella difesa dei diritti degli assistiti

● IN PRIMO PIANO

6 Spesa sanitaria, il disavanzo supera i sei miliardi

Lo ha accertato la procura regionale della Corte dei Conti: il debito cumulato dalla Regione Campania

Sommario

ammonta a sei miliardi e novecento milioni di euro, ben oltre la cifra approssimativa di cinque miliardi di euro precedentemente stimata.

La replica di Montemarano

"Rilievi giusti, ma stiamo rispettando il patto"

servizi a cura di Pino De Martino



10 Fondo sanitario: alla Campania 9 miliardi

Via libera dalla conferenza Stato-Regioni alla ripartizione dei finanziamenti governativi a

sostegno della sanità pubblica locale: sotto osservazione i conti degli enti più indebitati.

di Sandro Santangelo



11 La storia del deficit

Un incubo difficile da dimenticare



12 Un miliardo di euro per l'edilizia ospedaliera

Annunciato il maxi finanziamento che sblocca i fondi 'congelati' nel 2005. I nosocomi napoletani interessati alla ristrutturazione: Monaldi, Policlinico, Cotugno, Cto, Leonardo Bianchi.

di Pippo Trio

13 Castellammare Terme

Assemblea degli iscritti

Approvato il bilancio.

La relazione del Presidente

Ciro Carbone



26 Campania

Grassi e fumatori, ma giovani

L'ultimo "Rapporto Osservasalute" assegna

alla Campania il titolo di regione più giovane d'Italia. Consumiamo poco alcol, ma anche poca frutta. Diminuisce il ricorso alla dieta mediterranea, per cui: più obesi e più malattie cardiovascolari

di Peppe Papa

● DENTRO LA PROFESSIONE

28 Il "Case Management" nel nursing infermieristico

di Giancarlo Verde



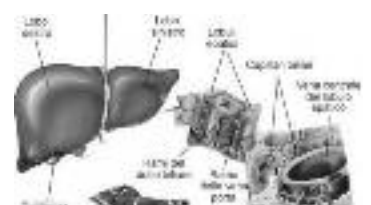
30 In corsia 20mila infermieri stranieri

Coprono solo un terzo del fabbisogno di professionalità che si aggira intorno alle sessantamila unità.

di Roberta Esposito

32 Fegato L'organo centrale e unico

di Valerio De Martino



La sanità
in Campania

Spesa sanitaria, il disavanzo

Lo ha accertato la procura regionale della Corte dei Conti: il debito cumulato dalla Regione Campania ammonta a sei miliardi e 900 milioni di euro, ben oltre la cifra approssimativa di cinque miliardi di euro precedentemente stimata.

DI PINO DE MARTINO

La procura regionale della Corte dei Conti ha accertato che il debito cumulato dalla Regione Campania nella Sanità al 31 dicembre 2005 ammonta a sei miliardi e 900 milioni di euro, ben oltre la cifra approssimativa di cinque miliardi di euro precedentemente stimata. Una quota del debito, pari a due miliardi e 750 milioni di euro

- si legge nella relazione annuale del procuratore regionale della Corte dei Conti Arturo Martucci di Scarfizzi - è rappresentata da transazioni finanziarie legate all'operazione Soresa.

A fronte di tale importo complessivo si espongono spettanze e coperture statali e regionali per circa tre miliardi e mezzo di euro, con un debito residuo di 650 milioni di euro di cui si prevede il rim-

borso a carico dello Stato. Per la Procura regionale della Corte dei Conti "ancora più preoccupanti sono i contenuti della delibera di Giunta regionale del 16/11/2007 n.1956 nella quale si dà atto di un'ingente massa di pignoramenti tali da rendere ingestibile il servizio sanitario regionale e si autorizzano le Asl a definire transazioni con i fornitori di beni e servizi fino al 31 marzo 2007". Per la



magistratura contabile si stabilisce così la necessità di una certificazione del debito, la possibilità di corrispondere interessi, con pagamento dilazionato nel tempo, del 2,5% e, in prosieguo un tasso di interesse variabile commisurato all'euribor, oltre a maggiorazioni percentuali.

"Accanto, dunque - si sottolinea nella relazione del procuratore - all'operazione messa in campo da Soresa riguardante la ristrutturazione del disavanzo fino al 31 dicembre 2005 si profila ora

supera i sei miliardi



una ulteriore, aggiuntiva massa debitoria di notevoli proporzioni”.

Un nuovo buco di 130 milioni. Ulteriore aumento di Irap e Irpef

Si apre un nuovo buco nei conti pubblici del comparto sanitario della Regione Campania, ovvero il capitolo di spesa che già soffre di uno storico disavanzo per coprire il

continua a pagina 8

La replica di Montemarano

“Rilievi giusti, ma stiamo rispettando il Patto”

I rilievi mossi dalla Corte dei Conti regionale nella relazione che inaugura l'anno giudiziario della magistratura contabile non convincono l'assessore regionale alla sanità Angelo Montemarano. “La relazione della procura regionale della Corte dei Conti fotografa una situazione debitoria risalente a oltre due anni fa”, precisa una nota dell'assessore. “Si tratta dunque di un allarme giusto, ma riferito alla situazione relativa a fine 2005, sulla quale, come è notorio, siamo intervenuti attraverso una drastica azione di risanamento siglando il Patto per la Salute coi ministeri dell'Economia e della Salute. Dopo un intenso lavoro, iniziano a esserci i primi risultati: nel 2006 i costi sanitari sono stati ridotti del 5% e si registra, attualmente, una ulteriore riduzione dell'1,5%. Stiamo rispettando pienamente i parametri fissati dal Patto, giunto ormai alla sua terza verifica positiva da parte del governo nazionale”.

“Sul piano prettamente finanziario, grazie al buon andamento delle cartolarizzazioni, ai tagli già operati alla spesa corrente e al progressivo sblocco di risorse nazionali dovute (2,6 miliardi di euro solo lo scorso dicembre, cifra non ancora contabilizzata dalla relazione della Corte dei Conti), il debito pregresso è stato coperto in buona parte. Non solo. Se riusciremo a mantenere anche nei prossimi due anni questo percorso virtuoso, la nostra sanità potrà contare su ulteriori 1,9 miliardi di euro, che ci permetteranno di sanare completamente una situazione debitoria che in Campania dura da oltre venti anni. Insomma, non solo il debito non aumenta, ma lo stiamo invece riducendo strutturalmente”, insiste. Montemarano ricorda che sono stati raggiunti tutti gli obiettivi intermedi del Patto, fra cui l'avvio della riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica, l'avvio del percorso



so per l'accreditamento definitivo di tutte le strutture sanitarie sia pubbliche che private, la regolamentazione dei tetti di spesa dei privati, il contenimento della spesa farmaceutica, che comunque è già stata riportata entro i limiti prefissati. “Continueremo a verificare trimestralmente l'operato dei manager delle Asl anche attraverso una commissione di esperti costituita ad hoc, che sta per concludere la prima fase della sua attività”. (p.d.m.)

La sanità in Campania

continua da pagina 7

quale cittadini e imprese sono dal 2006 chiamati a pagare imposte più alte della media nazionale.

Nel quarto trimestre del 2007 non è stato rispettato il tetto di spesa fissato nel «Patto per la Salute» del 28 settembre 2006. Lo sfondamento è consistente, anche se sulla cifra esatta stanno ancora discutendo la Regione e i due ministeri interessati, l'Economia e la Salute. Per la prima il rosso nei conti è di 130 milioni mentre per il governo si arriva a 140. La sostanza è che il Patto è stato violato e ciò ha come conseguenza, secondo quanto previsto dall'accordo stato-regioni del 2006, l'automatico aumento delle tasse locali «fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi». La Campania non è la sola in tali condizioni.

Oltre al Lazio - la cui situazione è così grave che il risanamento non è ancora neppure avviato - sono fuori rotta

l'Abruzzo e la Sicilia. A pagare saranno ancora una volta cittadini e imprese. In pratica l'addizionale regionale Irpef, che già oggi è al massimo in Italia all'1,40%, per l'anno fiscale 2008 potrà salire di un'ulteriore frazione di punto.

E l'Imposta regionale sulle attività produttive - l'Irap - potrebbe avere una addizionale locale superiore a quella attuale, che è di un punto percentuale. Peraltro l'aliquota base Irap proprio dal 2008 è stata ridotta dal 4,25% al 3,90%. In Campania, come nelle altre regioni in deficit sanitario, si doveva scendere dal 5,25% al 4,90% oppure al 4,82% a seconda dell'applicazione o meno della salvaguardia prevista nella Finanziaria. Adesso il ribasso - quale sia la sua entità - diventa a rischio visto che il gettito dell'Irap deve coprire anche l'ulteriore buco.

L'aumento di Irpef e Irap, per quanto sia previsto in automatico dal Patto, non è però scontato. Non si può



Ma la sanità privata smentisce l'assessore

Il presidente Ottavio Coriglioni attacca la società Soresa e prevede un futuro poco rassicurante: "Siamo preoccupati".

"Siamo veramente preoccupati. La Regione non mantiene l'impegno preso con il Governo per contenere la spesa sanitaria e, nel frattempo, continua a non pagare i suoi creditori, a cominciare dalle imprese private del settore". Il presidente del raggruppamento Sanita' di Confindustria Campania, Ottavio Coriglioni, sottolinea la gravità della situazione finanziaria regionale, che "non migliora, anzi, tende a diventare sempre più drammatica".

Il presidente delle imprese sanitarie private campane smentisce l'assessore al ramo di Palazzo Santa Lucia, Angelo Montemarano. "Ha sostenuto che buona parte del debito pregresso è stato coperto. Non è così. Anzi - aggiunge - si fanno passi indietro. Soresa, la società creata anche per ripianare i debiti regionali, doveva procedere a stipulare atti transattivi per prendere atto delle intese tra creditori dei vari comparti della sanità privata e le Asl, al fine di procedere ai pagamenti. Sono stati siglati solo tre atti transattivi e degli stessi ne è stato ratificato solo uno a causa di talune precisazioni giunte dall'assessore". "Unica difesa per le imprese fornitrici del Servizio sanitario regionale, il ricorso alla magistratura con evidenti aggravii di costo (avvocati, spese, ecc) per il sistema.

Il quadro per le imprese - continua Coriglioni - si è fatto ancora più fosco con la finanziaria. La riduzione delle aliquote fiscali non compensa gli effetti della riduzione degli oneri deducibili per i ritardati pagamenti. E' a rischio un patrimonio di circa 14 mila addetti delle imprese sanitarie private".





escludere la possibilità che si riesca ad attingere a un «tesoretto» legato proprio alle addizionali locali. I buoni risultati del gettito fiscale del 2006 e del 2007, infatti, finiscono in parte nelle tasche degli enti locali, Regioni comprese.

Per la Campania si è accertato un maggiore gettito della compartecipazione per 41 milioni sul 2006. I conti del 2007 non sono chiusi ma si può stimare una cifra superiore. Il buco, quindi, potrebbe essere coperto (se non in tutto, in buona parte) con il tesoretto.

Ma coprire con due anni di extragetto il deficit emerso in un solo trimestre non risolverebbe il problema di fondo, ovvero il mancato effetto del piano di risparmi sulla spesa sanitaria previsto dal Patto. Tale piano, scattato il primo gennaio 2007, aveva per il primo anno un effetto graduale sui conti. In particolare per i primi due trimestri non si prevedeva alcun risparmio, mentre per il terzo trimestre c'era un primo contenimento e solo per l'ultimo

trimestre si cominciava a vedere un sostanzioso beneficio della razionalizzazione della spesa sanitaria. Ecco perché i primi tre controlli trimestrali hanno visto la Campania promossa. Mentre alla quarta prova, la prima davvero difficile, è emerso il buco. I risparmi, secondo il piano regionale, dovrebbero arrivare soprattutto dalla riorganizzazione della rete ospedaliera a Napoli 1, Napoli 5 e Salerno 1. Nel dettaglio, nel centro storico di Napoli dovrebbe restare un solo ospedale mentre tutti gli altri dovrebbero specializzarsi in attività di supporto come l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai lungodegenti. Ovvero settori parasanitari con un minore costo di gestione. Ma il piano finora non è decollato.



Ospedale, ma quanto mi costi...

Studio di Federfarma sulle spese pazze dei nosocomi della Campania

“Gli ospedali della Campania causa del deficit della sanità regionale: i numeri parlano chiaro”.

E' quanto emerge da uno studio realizzato dalla “Commissione per il monitoraggio della spesa farmaceutica” di Federfarma Campania e si riferisce all'attività, nel triennio 2003/05, dei presidi ospedalieri che fanno capo alle 13 aziende sanitarie della regione.

“La Regione Campania - si legge in una nota di Federfarma Campania - nel 2005 ha stanziato per l'attività degli ospedali 2 miliardi e 63 milioni di euro; la loro resa, in termini di prestazioni e servizi, è stata, invece, di 861 milioni di euro: c'è, quindi, un mancato rientro pari a un miliardo e 202 milioni di euro. Tutto questo crea il drenaggio di fondi e la scarsa qualità dei servizi erogati ai cittadini campani”.

“La Regione - ha dichiarato il presidente di Federfarma Campania, Nicola Stabile - deve prendere atto che le cause dei disavanzi sono

altrove e non sono da addebitare alla farmaceutica.

Il nostro auspicio è che i direttori generali, vecchi e nuovi, anche attraverso la nostra analisi, avvino un percorso virtuoso che possa evitare nuovi e pesanti indebitamenti. Federfarma Campania, in questa ottica, si propone come partner della Regione per individuare nuove strade e nuovi progetti che portino alla definitiva risoluzione di questi problemi e che veda la farmacia come riferimento territoriale, non solo per la farmaceutica, ma per tutti i servizi integrati che una struttura sanitaria può e deve offrire”.

La “Commissione per la spesa farmaceutica”, guidata dal dottor Giovanni Capone, sta puntando la sua attenzione su altre voci di spesa della sanità campana che non corrispondono a parametri di efficienza e di redditività e Federfarma Campania, a tal proposito, ha chiesto 'di poter prendere visione dei bilanci delle tredici Asl campane'

La sanità
in Campania

Fondo sanitario: alla Ca

Via libera dalla Conferenza Stato- Regioni alla ripartizione dei finanziamenti governativi a sostegno della sanità pubblica locale: sotto osservazione i conti degli enti più indebitati

DI SANDRO SANTANGELO

Pur restando sorvegliata speciale, negli ultimi quindici anni gli stanziamenti alle regioni sono raddoppiati e solo tra il 2007 e il 2008 si registra un incremento di 4 miliardi e mezzo di euro.

Siamo la seconda regione per risorse pubbliche trasferite. Il 'buco' della Sanità ha costretto l'ente campano a impegnare anche quest'anno il 65% delle risorse di Bilancio per il comparto. Nove miliardi di euro. A tanto ammonta il fabbisogno della Sanità campana in termini di spesa pubblica.

E tanto dovrebbe arrivare da Roma a Napoli all'interno del Fondo Sanitario Nazionale (Fsn), la cui cifra complessiva, superiore ai cento miliardi di euro, è stata preventivamente ripartita durante l'ultima

Conferenza Stato-Regioni. C'è da dire che negli ultimi quindici anni i fondi per la sanità pubblica sono complessivamente raddoppiati, e solo tra il 2007 e il 2008 viene a registrarsi una differenza di quasi quattro miliardi e mezzo di euro. La Campania non può davvero lamentarsi. E' la seconda regione in termini di risorse trasferite, con nove miliardi e 230 milioni di euro, una cifra inferiore solo a quella della Lombardia (15 miliardi e 613 milioni di euro, ndr). Ovviamente, come già precisato nella Conferenza Stato-Regioni, resta altissima l'attenzione nei confronti delle aree dove si è riscontrato il debito pubblico più alto, come storicamente è stata ed è la Campania.

Proprio la complessa situazione relativa ai piani di rientro per le regioni più in difficoltà (anche in questo caso la Campania è seconda, perchè il Lazio ha un debito ancora più alto) ha ritardato di alcune settimane la spartizione del Fsn, che sarà a breve definitivamente ufficializzata dal Comitato Interministeriale per

la Programmazione Economica (Cipe). I soldi arrivano tutti, quindi, ma guai se il debito campano dovesse nuovamente aggravarsi. Su questo la Regione si sta impegnando fortemente. Se nell'ultimo rimpasto di giunta l'assessore alla sanità Angelo Montemarano ha beneficiato della conferma, questo lo deve proprio all'esito positivo dei primi tre controlli effettuati dal Governo in merito al Piano di rientro dal debito siglato nel marzo scorso. Proprio sette giorni fa i ministeri per l'Economia e per la Salute hanno fornito un nuovo "disco verde" all'amministrazione della sanità campana. "I ministeri dell'Economia e della Salute "promuovono" la sanità campana per il rispetto dei parametri fissati dal Patto per la Salute.

Si tratta del terzo disco verde che il governo assegna, nel giro di un anno, all'amministrazione regionale. La valutazione non si è fermata alle verifiche meramente contabili - si legge nella nota di Governo e Regione - supportate, peraltro, dai giudizi positivi espressi dalle società di rating e dall'advisor finanziario, ma ha tenuto conto dell'aspetto attuativo delle misure di programmazione adottate, anche sulla base degli obiettivi contenuti nel Piano di rientro sottoscritto il 13 marzo scorso.



La sanità
in Campania

Campania nove miliardi

Al conseguimento di questo obiettivo intermedio ha concorso anche il percorso, già avviato, di riordino e riorganizzazione del servizio sanitario regionale. Sembrano lontani, dunque, i tempi in cui le aziende sanitarie regionali avevano accumulato un deficit complessivo superiore ai sette miliardi.

Un buco che ha costretto la Regione a impegnare anche quest'anno il 65% delle risorse di Bilancio per il comparto sanitario. Per evitare passi falsi, e quindi per fruire a breve dei nove miliardi del Fsn, la Campania ha anche recentemente disposto l'aggiornamento degli obiettivi di riduzione della spesa.

“In particolare, grazie al rispetto dei parametri concordati e alle maggiori risorse ottenute - ha spiegato Montemarano - è stato possibile rimodulare gli obiettivi di contenimento dei costi, con la possibilità di spendere un + 27% su beni e servizi, rispetto a quanto previsto nella delibera 1843 del 2005 e di spendere un + 8% rispetto al consuntivo 2006”. Si va avanti, insomma, ma con cautela. La Campania è meno indebitata di prima, ma resta osservata speciale.



La storia del deficit, un incubo che difficilmente sarà dimenticato

Il momento più oscuro quando in Consiglio si aprì una commissione d'inchiesta sulla società Soresa

Un debito che sapeva di incubo. La storia del deficit sanitario in Campania difficilmente verrà dimenticata da amministratori, cittadini e addetti ai lavori.

Una storia che ha avuto il momento più oscuro alla fine del 2006, quando in Consiglio regionale si aprì una commissione di inchiesta sulla Soresa, società regionale creata per certificare ed estinguere parte del debito risalente al periodo fino al 2005, un'operazione rimasta per lunghi mesi al palo, e sbloccata solo a gennaio del 2007 con l'arrivo del nuovo direttore generale Franco Tancredi.

Quando, nell'aprile scorso, il Consiglio regionale ha approvato i due disegni di legge con cui si rendeva operativo il Piano di rientro siglato il 14 marzo con il Governo, l'assessore regionale Angelo Montemarano ha detto e ribadito che “il peggio è passato” e che si poteva lavorare per un vero rilancio della sanità”. I conti però restano difficili da amministrare. Alla fine del 2005 si è arrivati a un passo dallo sfacelo, con un debito sanitario complessivo superiore ai 7 miliardi di euro.

Di questi, senza contare il prestito trenten-

nale, 2,2 sono stati pagati a inizio anno proprio con la discussa operazione Soresa, un altro miliardo e 200 milioni sono arrivati dalla Cassa Depositi e Prestiti, mentre due miliardi e 700 milioni sono stati accordati con Roma attraverso un Fondo di Accompagnamento. La pianificazione c'è, ma i problemi restano.

Sono ancora tanti i debiti arretrati da corrispondere a soggetti convenzionati come Farmacisti, Laboratori e Cooperative del terzo settore, con cui Montemarano ha regolarmente incontri per programmare intese sui pagamenti. E per il futuro c'è il rischio che la Campania resti sempre indebitata.

“Basta che il Piano di rientro non venga totalmente rispettato e qui anche i nostri pronipoti avranno debiti”, dicono dall'

opposizione in Consiglio regionale. Ed in effetti, 170 milioni annui per 30 anni rappresentano un bel fardello, il tutto senza mai essere riusciti a capire l'esatto ammontare del debito. Non per niente il Governo dimostra di non fidarsi della Regione, visto che ci ha assegnato il monitoraggio da parte della Regione Toscana, mentre per la certificazione dei pagamenti arretrati ci è stata imposta un'altra società (la Gp Morgan, ndr) rispetto a quelle messe sotto contratto dall'ente.

L'ultima Finanziaria in ogni caso viene incontro alle difficoltà campane, con 2,7 miliardi di fondo di accompagnamento che si aggiungono alle risorse ordinarie. I fondi ci sono, resta da fare attenzione.

La sanità
in Campania

Un miliardo di euro per l'edilizia ospedaliera

Annunciato il maxi-finanziamento che sblocca i fondi 'congelati' nella Finanziaria del 2005. I nosocomi napoletani interessati agli interventi di ristrutturazione: Monaldi, Policlinico, Cotugno, Cto e Leonardo Bianchi. L'erogazione arriva dopo la sottoscrizione dell'accordo Stato-Regioni del febbraio scorso

DI PIPPO TRIO

Un miliardo di euro per l'edilizia ospedaliera. Il Governatore Antonio Bassolino, affiancato da gran parte dei suoi assessori, ha annunciato il maxi-finanziamento che di fatto sblocca parte delle risorse del Piano Ospedaliero rimaste congelate con la Finanziaria di Governo del 2005. In programma sono ora nuovi ospedali, cui si aggiungono cospicui interventi per quelli vecchi.

Fa effetto il provvedimento sulla sanità, che di fatto farà partire il Piano Ospedaliero approvato l'anno scorso in Consiglio regionale. Sulla base del programma straordinario nazionale (ex articolo 20) di investimenti in sanità, saranno spesi quindi 1 miliardo e 70 milioni di euro, tra fondi nazionali, europei e risorse del bilancio regionale. Cifra "liberata" con la sottoscrizione dell'accordo Stato-Regioni dello scorso 28 febbraio, grazie a



cui sono state approvate le procedure per la stipula di un nuovo accordo di programma che, dice l'assessore Angelo

Montemarano, "consente di riprogettare, ottimizzandola, l'intera impostazione degli interventi, con conseguente formulazione di una nuova, e più aderente ai bisogni, scaletta di priorità".

Questa la lista degli interventi che si susseguiranno: ammodernamento strutturale organizzativo e spaziale del Policlinico dell'Ateneo Federiciano; ristrutturazione del complesso Leonardo Bianchi di Napoli ed interventi di ristrutturazione al Monaldi, Cotugno, Cto, per ulteriori 450 posti letto da affiancare ai 400 posti letto del nuovo Policlinico della Sun a Caserta; realizzazione ex novo degli ospedali di Afragola, Pomigliano d'Arco nella provincia di Napoli e di Capua-Santa Maria e Teano nella provincia di Caserta; completamento ospedale Boscotrecase; realizzazione di un nuovo complesso per il Ruggi di Aragona a Salerno che affiancherà la Torre cardiologica mentre il preesistente nosocomio sarà dimesso o riconvertito; costruzione di un nuovo nosocomio che sorgerà fra Eboli e Battipaglia; ristrutturazione ed adeguamento funzionale di tutte le altre strutture.



ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI



CASTELLAMMARE TERME - 10 MARZO 2008

IPASVI



RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Ciro Carbone

ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

PREMESSA

Cari colleghi.

Abbiamo chiuso il 2007 con un importante incontro tra i vertici della Federazione nazionale dei Collegi e tutti i Collegi Ip.as.vi. del Mezzogiorno. Si è trattato di un utile momento di confronto perché ci ha consentito di ragionare su tante questioni ancora aperte dentro e fuori la professione, sui nodi ancora da sciogliere, sui ritardi e sulle aspettative di crescita professionale di noi tutti.

Napoli e la Campania si dimostrano ancora una volta piazze importanti nello scacchiere geografico della professione. E non solo per l'alto numero di iscritti e per i tanti giovani che si accostano ad essa, in controtendenza con quanto avviene altrove, ma anche perché fanno registrare, ormai da tempo, una forte e costante crescita della professione a tutti i livelli. C'è la consapevolezza di aver fatto, in quest'ultimi anni, tanta strada. Di aver lavorato sodo sul campo della formazione, dell'organizzazione e della responsabilità professionale.

Ma c'è la consapevolezza anche che c'è ancora tanto da fare.

C'è voglia di crescere, di apprendere, di sentirsi parte dirigente dei processi di cambiamento che stanno interessando la sanità.

Lo dimostra il lusinghiero successo del primo master in management organizzato dal Collegio Ip.as.vi. di Napoli e le tante richieste giunte per le iscrizioni alla seconda edizione.

C'è tra gli infermieri una voglia enorme di sapere. Una sete di conoscenze che ci onora e che testimonia la dinamicità della nostra professione. Non c'è ombra di dubbio, colleghi, non c'è altra professione oggi in Italia più dinamica e motivata della nostra.

Ma non a tutti questo fa piacere e non tutti sono disposti a riconoscerlo. Fatta eccezione per il provvedimento di stabilizzazione dei precari, per gli infermieri della Campania e per l'intero sistema sanitario regionale il nuovo anno è iniziato nel modo peggiore.

La sciatteria di una classe politica incapace, inefficiente e moralmente minata al suo interno ha determinato la necessità di ridurre la presenza di infermieri nelle strutture private della Regione Campania. Così, con un blitz degno delle peggiori gestioni, è stato approvato un

emendamento alla Legge finanziaria regionale 2008 che deve leggersi come un grave attacco alla professione ma ancora di più come un grave attentato al diritto alla salute dei cittadini campani. Ridurre la presenza degli infermieri vuol dire decidere di abbassare il livello della qualità delle cure in Campania. Vuol dire peggiorare di molto l'offerta di salute in una Regione già provata da strutture vecchie, da tecnologie obsolete, da una cronica carenza di organici.

Contro questa legge pericolosa per i cittadini e irresponsabile il Coordinamento regionale dei Collegi Ip.as.vi. si è mosso tempestivamente mettendo in piedi iniziative di contrasto e di denuncia.

Siamo certamente felici per il positivo esito della vertenza degli infermieri precari, per i quali ci siamo battuti in tempi non sospetti, ma la decisione di ridurre il numero degli infermieri nella sanità privata ci costringe a dare un giudizio severo e critico nei confronti di una classe politica regionale che non è in grado di assicurare i livelli minimi di assistenza e quel diritto alla salute che in altre regioni viene garantito al meglio.

Non è un caso, come ha ricordato il ministro Livia Turco, che la stragrande maggioranza dei cittadini della Campania si dice insoddisfatta dei servizi erogati dalle Aziende sanitarie locali della propria Regione ed affolla gli ospedali e le strutture sanitarie del Centro-Nord Italia. Una classe dirigente regionale che riduce il personale infermieristico, pur sapendo che nelle dotazioni organiche mancano circa 10mila infermieri, si giudica da sola. Sappiamo bene, cari colleghi, che ogni giorno l'assistenza in Campania è assicurata grazie allo spirito di responsabilità e di abnegazione di professionisti che prima ancora di pensare alle condizioni di lavoro, ai carichi di lavoro eccessivi e a turni spesso intollerabili, restano al proprio posto di lavoro.

Questo va ricordato ai politici nostrani, ma anche a quei manager che credono, ancora, di gestire gli infermieri come personale di supporto. Siamo la spina dorsale di un sistema sanitario, quello nazionale, tra i primi al mondo per professionalità e per i servizi resi ai cittadini. Siamo molto indietro, invece, rispetto all'invadenza della politica, che troppo spesso usa la sanità per acquisire consensi elettorali a scapito della qualità.

ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

Servizio Sanitario Nazionale promosso, ma...

Ma lasciamo per un attimo le questioni locali e diamo un sguardo a ciò che accade nel sistema salute Italia. Non possiamo valutare appieno i fatti regionali senza avere un quadro chiaro di come vanno le cose in Italia.

In buona sostanza, gli italiani promuovono il Servizio Sanitario Nazionale. E' quanto emerge da una ricerca dell'Istat sulla percezione degli italiani sullo stato di salute e il Servizio Sanitario Nazionale. Un'indagine che mette in luce quanto di buono c'è nella sanità nostrana, ma anche tutte le emergenze e i nodi ancora da sciogliere.

Dai dati emerge che sei italiani su 10 stanno bene, ma le donne denunciano uno stato di salute peggiore rispetto agli uomini (l'8,3% delle italiane hanno un cattivo stato di salute, contro il 5,3% dei maschi), con uno svantaggio che si aggrava nella popolazione anziana. Secondo il rapporto Istat, inoltre, le persone di status sociale più elevato fanno più visite e accertamenti specialistici.

Mentre le persone con livello di istruzione più basso fanno più visite generiche, accertamenti di laboratorio e ricoveri (4,4% contro 2,3%). Un terzo della popolazione è molto soddisfatto del Servizio Sanitario Nazionale, dandogli un voto fra il 7 il 10, il 43,4% dà una valutazione intermedia, il

17,2% esprime insoddisfazione.

Va tutto bene allora?

Nemmeno per sogno!

Pur se ogni anno si aggiungono migliaia di milioni di euro in più al Fondo Sanitario Nazionale, senza peraltro raggiungere i livelli di spesa delle altre grandi nazioni europee, non molte delle cose che denunciavamo un anno fa sono state risolte.

Per di più, nel corso del 2007, si sono registrati molti più casi di mala-sanità, soprattutto al Sud Italia. Continuano ad allungarsi mediamente i tempi di attesa per una prestazione diagnostica, così come per gli interventi chirurgici. Mentre si segnala un crescente ricorso alla spesa privata per tutelare la propria salute.

Si riscontrano ancora troppe diversità nell'erogazione delle prestazioni tra le diverse Regioni ed occorre quindi continuare a dare impulso ai Livelli Essenziali di Assistenza, possibilmente, con un migliore coordinamento centrale.

Buona parte di queste considerazioni sono contenute nell'ultimo rapporto Pit Salute, in quella che più che una relazione può essere definita come una "fotografia" della sanità italiana realizzata annualmente da Cittadinanza Attiva - Tribunale per i diritti del malato.

Tra i dati più allarmanti la crescita dei tempi di attesa soprattutto per quanto concerne l'area oncologica: per un intervento si può arrivare ad



ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

un'attesa di 120 giorni.

E chi non volesse attendere tanto?

Deve mettere mano al portafoglio e pagare la prestazione!

In questo modo si conferma un altro aspetto negativo della nostra sanità contenuto nell'ultimo documento elaborato dal Ceis-Tor Vergata su dati Istat: sono 346.069 le famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie, pari all'1,5% della popolazione.

Quindi: mantenersi in salute costa caro alle famiglie e alla collettività.

In difficoltà sono soprattutto gli anziani e le famiglie con più figli a carico. Ma anche i ceti medi sono ormai costretti a sostenere spese importanti per far fronte ai problemi di salute. Sempre il "Rapporto Ceis Sanità

2007", rivela che i fenomeni di impoverimento dovuti alle spese sanitarie private non si riducono, anzi presentano un trend in costante crescita.

La qualità e l'efficienza dell'assistenza diventano quindi la questione centrale di cui occuparsi per tenere in piedi il Sistema Sanitario Nazionale e mantenere alta la soddisfazione, da parte dei cittadini, per i servizi offerti.

Ultimamente si è fatta una politica di riduzione dei posti letti: in cinque anni si è passati da una disponibilità di 5,1 posti letto per 1.000 abitanti ad una del 4,6. Ma alla contrazione dei posti letto non è corrisposta però, di pari passo, una generale politica di efficace redistribuzione delle risorse. Sul piano degli organici, ad esempio, va registrata un forte squilibrio tra personale medico e infermieristico. I medici nelle strutture di ricovero sono aumentati, a livello nazionale, del 7,7%, mentre gli infermieri, si sono ridotti del 2,3%.

In Italia mancano almeno 60mila infermieri per soddisfare le esigenze dell'assistenza sanitaria pubblica. E di questo "buco", 26mila operatori sono dovuti a carenze nelle dotazioni organiche. In Campania il deficit è di diecimila unità, compli-



ce il ripetuto blocco delle assunzioni che non consente il turn over necessario tra i giovani e chi va in pensione (circa il 5% l'anno) e le indicazioni sulla riduzione dei costi da effettuare sulla spesa regionale contenute nella delibera di Giunta Regionale n.1843/2005.

L'effetto di tale carenza è che l'assistenza infermieristica va avanti a suon di straordinari, mentre sul territorio i servizi languono.

E ciò succede sia al Nord che al Sud Italia.

Soprattutto nell'assistenza domiciliare integrata, nelle residenze protette, negli hospice, dove questo personale rappresenta la figura-cardine.

Risultato: gli infermieri in servizio spesso rischiano di non farcela a sostenere orari e carichi di lavoro troppo gravosi.

Le cose andrebbero anche peggio se l'Italia dovesse basarsi sugli standard indicati dall'Ocse come media di infermieri per mille abitanti calcolata sui Paesi monitorati dall'organizzazione. Si andrebbe infatti da un minimo di 62mila infermieri a quasi 99mila se lo standard Ocse di 6,9 infermieri ogni mille abitanti si applicasse nelle nostre strutture sanitarie.



Il Codice deontologico dell'infermiere

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del Codice deontologico dell'infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi.

In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica.

Opportuno, quindi, è sembrato al Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi il procedere a una verifica e a una revisione del Codice deontologico degli infermieri italiani, strumento di fondamentale importanza ai fini dell'esercizio professionale.

La Presidente e il Comitato centrale invitano, quindi, tutti gli infermieri a dare il proprio contributo alla riflessione e al dibattito sui principi e sui i valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante dell'agire professionale.

Con questo incontro si apre la "stagione del confronto" su un documento che, in quanto "prima revisione" del Codice, è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti.

L'invito è, in particolare, rivolto ai Presidenti dei Collegi provinciali Ipasvi e ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche affinché si facciano carico di promuovere e sostenere questa

importante "stagione del confronto" nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione.

Il documento, ancora in fieri nell'articolato, potrà essere così completato anche con il Preambolo e con la strutturazione per Capi.

Un ringraziamento particolare è rivolto agli esperti che hanno collaborato con il Comitato centrale:

Giannantonio Barbieri, *avvocato*

Daniele Rodriguez, *medico legale*

Antonio G. Spagnolo, *bioeticista*.

*La Presidente della Federazione
Nazionale dei Collegi Ipasvi
ANNALISA SILVESTRO*

PRIMA REVISIONE

12 febbraio 2008

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

I 51 articoli

Articolo 1 L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4 L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 5 Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Articolo 7 L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 8 L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9 L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

Articolo 10 L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Articolo 11 L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12 L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 13 L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14 L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Articolo 15 L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito. L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

Articolo 16 L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17 L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18 L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Articolo 19 L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarne nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21 L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

Articolo 22 L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23 L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25 L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26 L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28 L'infermiere rispetta il segreto professionale

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

Articolo 29 L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30 L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31 L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.

Articolo 32 L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

Articolo 33 L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 34 L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Articolo 35 L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 36 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 37 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 38 L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 39 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40 L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 41 L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 42 L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 43 L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 44 L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 45 L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46 L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

Articolo 47 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49 L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione.

L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51 L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.



IPASVI

Federazione nazionale Collegi Ipasvi

Via Agostino Depretis 70

00184 Roma

tel. 06-46200101

fax 06-46200131

www.ipasvi.it

ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

30 anni di pubblica sanità

Con tutti i suoi limiti e con i tanti aggiustamenti necessari, il nostro sistema salute però è tra i migliori al mondo. Il 23 dicembre di quest'anno il Servizio Sanitario Nazionale compirà trent'anni.

Un sistema apprezzato, come abbiamo visto.

Ma dove è che non mancano problemi da affrontare?

Chissà se nella prossima legislatura potremmo ancora avere un ministero dedicato interamente alla salute. Si parla di accorparlo in un più generale dicastero del Welfare.

La legge che incrementerà i fondi per le cure palliative e gli hospice è una risposta alle aumentate necessità delle persone in fin di vita e dei loro familiari.

In generale un milione di persone ha bisogno di assistenza domiciliare. Resta ancora triste la vita di chi ha un parente con Alzheimer: nell'80 per cento dei casi il peso ricade interamente sulla famiglia.

Pur se continua ad aumentare negli anni la spesa per la sanità, c'è da incrementare ancora le risorse finanziarie per i Livelli Essenziali di Assistenza.

Bisogna far ripartire i cantieri delle opere sanitarie, bloccati da tempo, per costruire nuovi ospedali e nuove strutture territoriali, ammodernarne le tecnologie e le infrastrutture.

Su queste basi è possibile costruire un Servizio Sanitario Nazionale più solidale e in grado di affrontare la nuova grande sfida che abbiamo di fronte che è quella della sicurezza delle cure.

La sicurezza di essere curati bene.

Di sapere che non si commetteranno errori evitabili.

La certezza di essere in "buone mani".

Questa sicurezza noi dovremmo garantire ai cittadini, garantirla sempre e dovunque, a tutte le persone che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale.

Senza questa sicurezza tutto il resto viene meno.

Vengono meno le eccellenze, le grandi scoperte scientifiche, le nuove opportunità di cura e terapia.

La fiducia è il bene più prezioso nel rapporto tra cittadino e Servizio Sanitario.

Senza la fiducia il sistema crolla.

Anche per questo il 2008 deve diventare l'anno della sicurezza e della qualità delle cure.



ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

Campania: salute disuguale

E veniamo a noi. Alle note dolenti del nostro sistema salute regionale, agli ultimi posti su tanti indici qualitativi e ai primi per molte delle emergenze sanitarie. Il Censis ha coniato il termine di salute disuguale. Nel suo ultimo Rapporto 2007 ha fotografato così la situazione: "C'è un tendenziale peggioramento della salute dei cittadini residenti man mano che si procede verso le regioni meridionali". In una tabella costruita su dati del Ministero della Salute ed dell'Istat, l'indicatore sintetico di salute della popolazione, al quale contribuiscono mortalità, morbosità, speranza di vita, stili di vita, prevenzione e autopercezione, la Campania si situa agli ultimi posti. "La vecchia dicotomia Nord-Sud - si dice nel rapporto - in cui si descrive un Meridione caratterizzato da una popolazione più giovane e quindi tendenzialmente più sana nonostante un livello di offerta meno soddisfacente - appare sostanzialmente superata".

Una situazione confermata non solo dal dato statistico, ma anche da quello sulle condizioni di salute dichiarate dalla stessa popolazione intervistata dall'Istat. Secondo i dati del 2007, il 74,9% dei cittadini del sud e delle isole si dichiara infatti in buona salute contro il 72,4% del nord. La situazione è però opposta quando si tocca il tema della soddisfazione verso il servizio sanitario. In questo caso, non solo i valori si invertono ma a fronte di una soddisfazione attorno al 70% tra i cittadini del centro-nord verso la loro sanità, abbiamo non più del 40% dei cittadini del sud che si dice soddisfatto del servizio ricevuto dalle Aziende sanitarie locali della propria Regione.

Si tratta di una differenza enorme che, da sola, giustificherebbe una risposta affermativa sull'esistenza di una grave questione meridionale in sanità, identificabile in primo luogo nella necessità di recuperare la fiducia e la soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi sanitari da Napoli in giù.

Purtroppo per noi, tanti altri indicatori non lasciano dubbi su una situazione di evidente carenza assistenziale nel Mezzogiorno e segnatamente in Campania. Ai tanti record negativi che noi da sempre abbiamo denunciato e che qui vi risparmio, altri se ne aggiungono.

E' il caso dell'indice di mortalità infantile tirato fuori dal ministro Livia Turco nell'ultima visita a Napoli: entro il primo anno di vita abbiamo una mortalità di 2,9 neonati ogni mille nati vivi al nord, di 3,5 al centro e di addirittura 4,8 morti al sud. E poi dai dati diffusi dalla commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale, la Campania risulta essere prima nella classifica

per "i viaggi della speranza" con 246 milioni di euro spesi per la "mobilità sanitaria". Nel solo 2003 i cittadini del Sud hanno speso circa 800 milioni di euro per finanziare la "mobilità sanitaria". Malati costretti a partire non solo per interventi complessi, come i trapianti, ma anche per sopperire a situazioni di inefficienza e di scarsa qualità dei servizi delle strutture ospedaliere del Sud.

A fronte di questa situazione e a causa del grave buco finanziario creato dai vari governi regionali succedutisi negli ultimi quindici anni, la Campania ha deciso di tagliare la presenza degli infermieri nelle strutture private. Abbiamo già accennato in premessa alla questione. Voglio riprenderla qui solo per ricordare che la Campania, dopo la Lombardia, è la regione italiana con il maggior fabbisogno infermieristico.

A fronte di una popolazione di 5.788.986 abitanti, gli infermieri iscritti ai collegi ipasvi sono circa 30.000: secondo i parametri dell'Ocse, che fissa in 6,9 infermieri per mille abitanti il rapporto ottimale per la regione europea, a conti fatti in Campania mancano ben 9.909 infermieri. Cifre allarmanti già prima che il Consiglio regionale della Campania assumesse quel disastroso provvedimento.

Ma la classe dirigente della nostra Regione è questa.

I nostri politici preferiscono risparmiare sugli infermieri e spendere cifre iperboliche per finanziare le strutture private.

Non a caso la Campania è la Regione che presenta il più alto numero di strutture private convenzionate. Un ricorso al privato che è all'origine del grave indebitamento per la spesa sanitaria. E che non migliora l'offerta complessiva perché, diversamente da quanto succede altrove dove il privato si integra con il pubblico, da noi si finisce per duplicare i servizi, facendo lievitare le spese e lasciando il privato come alternativo al pubblico, cioè in competizione e non complementare.



ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

L'attività del Collegio

L'anno appena trascorso ha rappresentato per il nostro Collegio un momento importante durante il quale si sono gettate le basi per un rilancio dell'azione istituzionale ma soprattutto per la costruzione di un gruppo professionale sempre più preparato e di un gruppo dirigente capace di gestire le sfide che attendono la professione nei prossimi anni. Le iniziative intraprese fin qui in favore della professione sono state numerose e di qualità coerentemente con quanto programmato l'anno scorso. Con questo spirito si sono affrontati i temi della formazione di base e post-base, della dirigenza e delle docenze infermieristiche; a testimonianza di una costante attenzione verso la formazione permanente, verso la promozione della qualità delle cure e dell'accreditamento professionale. Le crescenti responsabilità hanno indotto il gruppo dirigente ad intensificare i contatti con le associazioni professionali, le altre professioni sanitarie ed i sindacati. Un lavoro che dovrà essere potenziato nei prossimi anni. Come abbiamo sottolineato in apertura, il 2007 ha fatto registrare il successo del primo Master in management infermieristico. La folla di adesioni al secondo Master ne è la testimonianza: ancora una volta ci siamo sostituiti a quelle istituzioni universitarie che in Campania sono ancora disattente verso la crescente domanda formativa degli infermieri.

Tra le altre iniziative messe in cantiere va segnalata l'attivazione della FAD e la buona riuscita della campagna di sensibilizzazione: "Infermiere protagonista della vita vera". Un'opportunità fornitaci dalla Federazione, in uno con i Ministeri della Salute e dell'Università, che noi abbiamo saputo cogliere nel modo giusto, diffondendo sul territorio regionale messaggi e immagini di una professione sempre più appetibile.

Infine, ma solo in ordine cronologico, voglio ricordare l'incontro con i vertici nazionali Ipasvi a fine anno al Maschio Angioino.

Credo che l'iniziativa abbia rappresentato un'utile momento di confronto, tra la base e i vertici della professione e ci ha offerto numerosi spunti di riflessione ma soprattutto, ci ha ricordato che c'è da costruire una nuova classe dirigente della professione, capace di ripensare l'intero sistema assistenziale. Una classe dirigente che sia in grado di affrontare e superare i tanti pro-

blemi ancora non risolti nel rapporto con l'Università, nell'ambito dell'organizzazione del lavoro e che, inoltre, sappia curare la rete relazionale con le altre professioni. "L'intento della Federazione - ha detto con chiarezza in quella occasione Annalisa Silvestro - non è certo quello di creare infermieri che siano dei medici-bonsai, ma è quello di dare un nuovo assetto ai nostri ospedali, ancora organizzati secondo l'impostazione data 35 o 40 anni fa".

Tra medici e infermieri, inoltre, ci deve essere maggiore integrazione e collaborazione. E' necessario ribadire che entrambe le professioni sono ormai sullo stesso livello per professionalità e formazione. Bisogna trovare punti in comune affinché l'uno possa mettere a disposizione dell'altro le proprie conoscenze. Realizzare una tale complementarità appare ancora più necessario e se si considera il comune obiettivo: cioè la cura del paziente.

Bisogna che l'infermiere non lavori più per compiti, ma piuttosto deve far riferimento a un progetto assistenziale. Insomma, c'è da ridefinire la figura dell'infermiere intorno al concetto di autonomia professionale.

E' questo l'obiettivo che si vuole e deve raggiungere.



ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

Conclusioni

Cari colleghi.

A conclusione di questa breve relazione voglio ringraziare quanti ogni giorno danno il proprio contributo affinché il nostro Collegio possa svolgere a pieno la sua funzione. Un riconoscimento sentito al lavoro dei dipendenti, dei consulenti, di quanti a vario titolo collaborano al buon funzionamento dell'Ente. Un grazie particolare ai colleghi consiglieri e revisori. Se vi sono meriti e risultati nel lavoro svolto in questo anno lo si deve, soprattutto, a voi. La parte più difficile del

nostro compito istituzionale sta nel ricercare le strategie e i percorsi più idonei alla promozione della professione. Il cammino che doveva portarci verso la definizione di un ordine professionale si è purtroppo, momentaneamente, arenato, ma non disperiamo di riprendere la battaglia per una generale risistemazione degli ordini professionali. Quale lavoro ci toccherà svolgere per portare avanti la mission che ci siamo dati lo abbiamo definito in queste poche pagine. Tocca ora operare quotidianamente per rendere concrete le cose che ci siamo detti e per portare sempre più in alto la nostra professione.



news news news news news news news news news news news news news news news

Gli infermieri e il nuovo Codice deontologico

Confronto a più voci promosso dall'Ipasvi

Nel celebrare con l'impegno di sempre la giornata del 12 maggio e con lo sguardo rivolto ancora una volta al miglioramento dell'assistenza sanitaria, il Collegio Ipasvi di Napoli ha promosso una giornata di riflessione sul nuovo codice deontologico, la prima revisione del Codice deontologico dell'infermiere: la nuova frontiera nella difesa dei diritti degli assistiti. Sempre di più i grandi temi bioetici dominano la cronaca: le questioni dei limiti della vita, della morte e della malattia si pongono concretamente ogni giorno all'attenzione dell'opinione pubblica.

La crescita professionale degli infermieri impone sempre più alte responsabilità sia in sede civile che in quella etico-morale.

Ecco perché il Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Napoli ha ritenuto utile e doveroso dedicare le celebrazioni per la giornata internazionale dell'infermiere all'impegno sul fronte dell'autoregolamentazione dell'attività professionale. Presso la sala consiliare della Quinta Municipalità di Napoli (Vomero Arenella), in via Morghen 84, alle ore 10, si terrà un incontro dibattito cui parteciperanno: Mario Coppeto, Presidente della Quinta Municipalità di Napoli che porterà un saluto all'Assemblea; Aldo Masullo, Professore di Filosofia Morale; Ferdinando Iavarone, segretario regionale del Tribunale per i diritti del malato; Ciro Carbone, Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli. Altri interventi sono previsti da autorevoli rappresentanti delle professioni forensi e della Pastorale sanitaria regionale.

Corso di aggiornamento per i dirigenti delle professioni sanitarie

"La dirigenza delle professioni sanitarie, applicazione contrattuale". È questo il tema del corso di aggiornamento accreditato per dirigenti dell'Assistenza Infermieristica, Capo Sala ed Infermieri che si terrà il 21 giugno prossimo, presso il presidio ospedaliero Santa Maria della Carità a Casoria, Napoli.

La segreteria scientifica del corso è composta dal dottor Mauro Petrangeli, presidente nazionale Cid e dal dottor Nicola Barbato, segretario nazionale Cid. Per potersi iscrivere è necessario inviare la scheda di adesione compilata alla segreteria organizzativa entro e non oltre il 16 giugno 2008. I crediti Formativi sono riservati ai primi 100 iscritti. Per i Soci C.I.D l'iscrizione è gratuita (ci si può associare direttamente in sede). Per i non soci il costo dell'iscrizione al corso è di € 20,00. Per tutti è possibile perfezionare l'iscrizione presso la sede del corso: dalle ore 08,00 e le ore 08,30 del 21 giugno 2008.

Ulteriori informazioni si potranno trovare sul sito www.cid-infermieridirigenti.it



PROGRAMMA

Ore 8.00
INIZIO ISCRIZIONI

Ore 08.30 - 10,00
"SIGNIFICATO DI DIRIGENZA, TRA RESPONSABILITÀ E AFFIDABILITÀ ORGANIZZATIVA E GESTIONALE"
N.Barbato - G.Rocco

Ore 10,00 - 11.30
L'APPLICABILITÀ CONTRATTUALE, OBIETTIVI E CAMPI DI APPLICAZIONE
M.Petrangeli

Ore 11.30 - 12.30
CONFRONTO

E TAVOLA ROTONDA, LA DIRIGENZA NELLA REGIONE CAMPANIA
Moderatore : **M. Petrangeli**

Ore 12.30 - 13.30
DISCUSSIONE E CHIUSURA LAVORI

Ore 13.30 - 14.00
TEST DI VERIFICA

Dentro
la Professione

Campania: grassi e fumato

L'ultimo "Rapporto Osservasalute" assegna alla Campania il titolo di regione più giovane d'Italia. Consumiamo poco alcool ma anche poca frutta. Diminuisce il ricorso alla dieta mediterranea, per cui: più obesi e più malattie cardiovascolari.

DI PEPPE PAPA

Con oltre la metà della popolazione che ha meno di 37 anni e solo un quarto che ne ha più di 55, la Campania si classifica come la regione con la popolazione più giovane in assoluto in Italia. E' questo uno degli aspetti più positivi del quadro sanitario della nostra regione che emerge dal 'Rapporto Osservasalute 2007'.

Inoltre, a fronte di consumi crescenti in tutto il paese, la Campania si dimostra una delle regioni con il maggior

numero di non consumatori di alcool, il 33,12% della popolazione regionale contro una media nazionale del 27,95%. Anche i più giovani (fascia d'età 11-18 anni) in Campania sembrano più attenti: infatti la frequenza di binge-drinker tra i giovani maschi è solo del 5,25% e addirittura nulla tra le femmine coetanee, a fronte di una media nazionale rispettivamente del 7,81% e 3,87%.

Bene anche sul fronte dei tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici, indicativi non solo del livello di salute mentale della popolazione, ma anche

dell'efficacia dei servizi territoriali nell'assistenza al paziente psichico, in termini di controllo e prevenzione degli episodi di acuzie. Per la Campania questi tassi sono più bassi della media nazionale e in diminuzione dal 2001, in linea con il resto d'Italia: nel 2004 il tasso standardizzato di ospedalizzazione per queste patologie è di 65,9 per 10 mila abitanti maschi e 34,2 per 10 mila abitanti femmine, contro una media italiana di 53,1 e 51 rispettivamente per i due sessi.

Nel giorno in cui a Napoli si diffonde la notizia dello sfora-

mento dei conti sanitari, a Roma viene presentato il rapporto Osservasalute 2007, un appuntamento ormai tradizionale

dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma ed è frutto del lavoro di 287 esperti coordinati da Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di igiene della facoltà di Medicina. Il rapporto affronta anche i problemi di bilancio e la Campania, come è noto, non fa una buona figura anche se Lazio e Sicilia stanno peggio. Ma è soprattutto sul fronte dei risultati che il rapporto è drastico. «Sembra che si vadano perdendo - si legge nel capitolo dedicato alla Campania - alcune antiche e sane tradizioni alimentari legate alla cosiddetta dieta mediterranea». La regione ha uno dei più alti tassi di grassi e di obesi in Italia: il 39,7% è in sovrappeso e il 10,6% è obeso contro il 34,7% e 9,9% della media nazionale. In troppi fumano (il 25,2% di chi ha più di 14 anni contro il 22% medio italiano). Ma soprattutto si vive meno a lungo. Per gli stili di vita, forse. E forse per la prevenzione insufficiente: su patologie cardiovascolari, complicanze del diabete, diagnosi precoce dei tumori, vaccinazioni, prevenzioni degli incidenti sul lavoro, stradali e domestici - secondo il rapporto - c'è una «mancata attivazione» di quanto definito nel Piano regionale, che risulta «praticamente non attuato». Nel rapporto ci si chiede, con un qualche smarrimento: «Bisognerebbe conoscere le criticità che ostacolano il rag-



ori, ma giovani

Il rapporto Osservasalute 2007 sulla Campania

Il dato positivo



**Regione
con l'età media
più bassa**

Il dato negativo



Speranza di vita più bassa d'Italia

uomini 76,9 anni contro 76,3; donne 62,7 contro 63,3

Percentuale di fumatori più alta

25,2% degli over 14 contro 22%

Diffuso sovrappeso

39% della popolazione contro 34,7%

Poco sport

52,5% non lo pratica mai, contro il 39,8%

Troppi parti cesarei

56,9% nella fascia d'età 18-29 anni

Massimo valore di spesa sanitaria

in rapporto al Pil: 9,89%

Disavanzo sanitario

pari a 52 euro procapite nel 2006

giungimento di tali obiettivi». «Sarebbe opportuno - dice l'Osservasalute - dare un rapido avvio ai piani regionali di prevenzione, in particolare per quanto riguarda gli screening per il tumore alla mammella, della cervice uterina e del colon-retto, visto che la Campania appare ancora notevolmente in ritardo rispetto a quanto fatto in altre aree del nostro paese». Compresa le aree meridionali, con la Puglia che è capofila del rinnovamento. «Preoccupante - infine - anche la tendenza a preferire il taglio cesareo, con motivazioni che non sono giustificate dalle evidenze scientifiche». m.e.

Al Sud, paradossalmente, si mangia anche meno frutta e verdura che al Nord. In particolare rispetto al Nordest dove è maggiore la percentuale di

italiani che ogni giorno mette in tavola almeno cinque porzioni tra frutta e verdura.

Questi dati si traducono anche in termini di salute. Le malattie cardiovascolari, il principale killer dei Paesi sviluppati, fanno registrare aumenti maggiori proprio al Sud. E anche sul fronte della lotta ai tumori le differenze, un tempo esistenti tra settentrione e meridione, si stanno attenuando. Per quanto riguarda gli uomini, a fronte di una riduzione dell'incidenza al Nord (Veneto e Lombardia soprattutto), si registra un aumento in Basilicata e Campania. Per le donne la situazione appare in peggioramento su tutto il territorio nazionale, anche se con crescita più accentuata in Campania, Basilicata, Puglia e Sardegna.



Dentro
la **P**rofessione

Il "case management" nel

DI GIANCARLO VERDE*

Definizione

Per "case management" si intende il coordinamento dei diversi servizi socio-sanitari; è pertanto un modello che promuove l'integrazione e l'interazione dei servizi offerti in diversi contesti assistenziali.

Finalità

Il case management è uno strumento utile per gestire casi complessi di media-lunga durata; è applicabile a quei pazienti in condizioni patologiche complesse e difficili da gestire o i cui trattamenti sono molto costosi (pazienti di rianimazione stabilizzati o affetti da Malattie Rare).

Sovente i servizi socio-sanitari non riescono a comunicare fra di loro e questo comporta uno spreco di energie e di iso-risorse. Pertanto, il fine del case management è fungere da "collante" per quelle diverse azioni o prestazioni rese, allo scopo di promuoverne l'integrazione tra i diversi contesti assistenziali che il più delle volte non sono connessi fra di loro.

Il case management si interpone, infatti, fra le prestazioni di cui il paziente necessita e il professionista che le effettua.

Il ruolo che il case management può avere è quello di creare un nuovo servizio assistenziale non più ospedalocentrico ma, territoriale; può ridurre il periodo di degenza in ospedale attraverso la predisposizione di un piano di dimissioni e di eventuali riammissioni, coordinate con risorse territoriali che possano consentire al paziente di essere assistito nella sede più adatta, sia nella fase acuta che in quella cronica.

Esso tende a costruire cooperazioni efficaci con gli operatori sanitari a vario titolo coinvolti nelle cure post-acuzie (MMG e PLS, Specialisti Ambulatoriali del distretto competente territorialmente, Cooperative infermieristiche e sociali, Associazioni di volontariato, Assistenti Sanitari, Assistenti sociali, Tecnici di riabilitazione, ecc). Applicato correttamente, esso comporta il raggiungimento dei massimi livelli di performance per un programma di case-management a garanzia della concretizzazione di una continuità terapeutica nel tempo, centrata sul paziente e sulle esigenze della sua patologia, in ambito ospedaliero e territoria-



le. Il case management andrà così a rappresentare un sistema utile per contrastare la frammentazione dell'assistenza che oggi tutti noi constatiamo e servirà a promuovere quella auspicata continuità assistenziale, che oggi spesso manca nei diversi livelli di assistenza.

Esistono diverse definizioni del case management; secondo quella più accreditata, esso sarebbe "...un processo integrato che accerta, programma, implementa, coordina, monitorizza, valuta le possibilità e i servizi necessari a soddisfare i bisogni di salute individuali della persona usando mezzi come la comunicazione e quelle risorse disponibili per promuovere la qualità tenendo presente i criteri di costo-qualità-beneficio...".

Il case management, pertanto, rappresenta quello strumento utile per la gestione dei casi complessi e di media-lunga durata, applicabile sia a quei pazienti che tendono a sovrautilizzare le risorse e le strutture che per coloro i quali soffrono di patologie comples-

se e difficili da gestire i cui trattamenti sono molto costosi. Inoltre coordina l'erogazione di prestazioni disponibili in setting assistenziali diversi ed è utile a pianificare il fabbisogno assistenziale degli stessi nel medio-lungo periodo.

I pazienti che tipicamente vengono inseriti in un programma di case management infermieristico sono pazienti che presentano patologie croniche, piaghe da decubito, ictus cerebrale, diabete, malattie polmonari cronico ostruttive, ipertensione, oncologiche oppure pazienti in fase terminale.

Sono tutti quei cittadini utenti che presentano problemi sanitari complessi, per i quali sono necessari diversi erogatori sanitari e/o differenti follow up, con grave esigenza economico-sociale, disabilità psicologiche o cognitive, depressi, ansiosi, schizofrenici, affetti da demenza, oppure con problemi di dipendenza patologica (abuso di sostanze psicotrope e/o di alcool);

Sono malati che, talvolta, hanno difficoltà a contattare gli specialisti medici di cui

Dentro
la Professione

nursing infermieristico

hanno bisogno per le ragioni economiche poc' anzi dette.

La costruzione di un progetto di case management prevede, una volta identificato il target, a valutarne i bisogni, sia sociali che sanitari, ed a identificarne gli obiettivi, a pianificare e coordinare le prestazioni assistenziali di carattere infermieristico; infine, ad implementare il piano infermieristico più idoneo alla persona, avvalendosi delle linee guida e prove di efficacia dell'intervento basate sulle evidenze (E.B.N).

Questo piano assistenziale non può e non deve essere rigidamente inteso, a "tenuta stagna", ma bensì flessibile, cioè modificabile in base alle necessità che si presentano man mano.

A mio giudizio, per non far fallire detto piano ma decretarne il successo, bisogna iniziare con una mirata educazione sanitaria, dove verrà coinvolto non solo il paziente ma anche i suoi familiari, allo scopo di farli partecipare (per quello che possono all'assistenza infermieristica) nell'azione di assistenza. Solo così siamo in grado di tutelare il paziente e, contemporaneamente, tutelarci: solo con la piena comprensione dei trattamenti sanitari che vengono erogati il paziente collaborerà al processo di nursing con risultati più efficienti ed efficaci. Qui entra in gioco la figura del Professionista Infermiere "case manager", che ha il compito di riuscire a coordinare tutti i servizi necessari, garantendo la continuità del processo di cura e di assistenza (che è la base del nursing ed è inoltre dettato nel nostro codice deontologico, che recita: *"L'infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica); L'assistenza infermieristica è servizio alla persona ed alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa. La responsabilità dell'infermiere nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"*.

Il nursing infermieristico oggi è basato su un approccio assistenziale che consente l'erogazione di un'assistenza globale ed individualizzata, basata sull'identificazione dei



bisogni e sulla formulazione degli obiettivi, sulla pianificazione, la gestione e valutazione dell'intervento assistenziale, che va a sfatare quel modo tradizionale di erogare assistenza del passato, che era molto più centrata sulla esecuzione di attività, spesso fra di loro separate.

Questa era la tradizionale assistenza organizzata per compiti, e che ha determinato una frammentazione delle azioni senza delle valide giustificazioni organizzative.

In un passato non lontano, nella persona assistita e nei suoi familiari si era insinuato quel senso di insicurezza generale circa i risultati ottenibili dalle cure prestate, poiché l'operatore doveva rispondere solamente delle prestazioni a lui delegate.

Però dobbiamo anche dire che questo modello di assistenza per compiti nel passato ha consentito in molti reparti specialistici chirurgici di accelerare i processi assistenziali, incrementando l'efficienza di queste unità di cura.

Oggi l'attività assistenziale moderna e multidisciplinare rifiuta la generalizzazione di un metodo empirico e puramente intuitivo,

tipica di un tempo non troppo lontano.

Qualsiasi attività assistenziale, curativa o preventiva che sia, non può che scaturire da una sistema di raccolta di informazioni e dal confronto di queste con standard e valori-soglia che ne segnalino l'adeguatezza o meno di una condizione di benessere per la persona.

Conclusioni

L'obiettivo principale di qualsiasi Azienda Sanitaria Locale è il contenimento della spesa sanitaria e nel contempo garantire a tutti i cittadini equità nelle prestazioni di cui necessitano.

Lo scopo primario di un Sistema Sanitario modello e moderno è di porre in maniera equa tutte quelle risorse che ha a disposizione e di consentire al paziente di essere curato nel modo più giusto. Come dettato dal "case management" in Infermieristica sopra descritto.

* RESPONSABILE CORSO DI LAUREA IN
INFERMIERISTICA ASL CE/2
POLO DIDATTICO DI S. MARIA C.V.

Dentro
la **P**rofessione

In corsia 20mila infermieri

Coprono solo un terzo del fabbisogno di professionalità che si aggira intorno alle sessantamila unità.

DI ROBERTA ESPOSITO

Sono almeno 20 mila gli infermieri non italiani che lavorano in ospedali e case di cura del nostro Paese. Quasi il 6% del totale, suddivisi in 13 mila comunitari o neo-comunitari e circa 7 mila extracomunitari. Questi i numeri che emergono dall'inchiesta sugli infermieri stranieri nella Penisola, pubblicata sull'ultimo numeri di 'Popoli', mensile internazionale dei Gesuiti. "Gli infermieri del Sud del mondo lasciano sguarniti i sistemi sanitari locali - evidenzia il mensile - Da noi trovano il benessere, ma a volte anche sfruttamento e illegalità". Per far marciare a regime il nostro sistema sanitario, inoltre, mancherebbero all'appello almeno 50 mila infermieri. Che l'Italia cerca di recuperare attraverso la formazione universitaria e, appunto, il 'reclutamento' all'estero. La necessità è così radicata che la cosiddetta Bossi-

Fini, la legge sull'immigrazione in vigore, prevede un canale d'ingresso preferenziale, creato 'ad hoc' proprio per gli infermieri. La legge inserisce gli infermieri in una categoria di stranieri privilegiata, classificandoli tra i cosiddetti fuori quota (come i calciatori super-pagati e i manager delle aziende giapponesi): immigrati, cioè, considerati fondamentali per il funzionamento del sistema-Italia e che, per questo, godono della prerogativa di ottenere il permesso di soggiorno senza sottostare alle incerte procedure del decreto flussi annuale".

In pochi anni questo canale privilegiato ha portato in Italia 20 mila infermieri stranieri. Più numerosi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud, a volte raggiungono quote importanti come a Trieste, dove il 10% degli infermieri è di nazionalità slovena. O in grandi strutture private come nell'ospedale San



Raffaele di Milano, che conta il 18% di infermieri non italiani. Intanto da noi c'è chi ce l'ha fatta. Ewa Wisocka, polacca in Italia da vent'anni, ha fatto carriera: è la coordinatrice infermieristica del dipartimento cardiotoraco-vascolare del San Raffaele e organizza il lavoro di più di 200 colleghi. In Europa dell'Est e in Sudamerica si trovano le 'miniere' votate a soddisfare il mercato del lavoro italiano. Nel 2006 sono stati 3.896 i permessi rilasciati a infermieri professionali extracomunitari o neo comunitari, per entrare in Italia. Di questi, il 70,4% a infermieri rumeni, il 6,8% a peruviani, il 3,7% ad albanesi e il 3,2% a indiani. Nei primi nove mesi del 2007 il ministero dell'Interno aveva ricevuto 609 domande d'ingresso di infermieri extracomunitari (il numero scende drasticamente rispetto al 2006, dal momento che nel frattempo la Romania è divenuta Paese comunitario). Vista la richiesta del mercato, poi, le agenzie di lavoro interinale si sono buttate alla ricerca di

infermieri per conto terzi: Ol (Obiettivo lavoro) nel 2007 ha portato in Italia circa 380 infermieri stranieri, di cui la metà dalla Romania, un quarto dal Perù e il resto da Brasile, Serbia, Ucraina e Albania. recente indagine pubblicata su Nature Medicine, Halban e Ferrannini segnalano preoccupati che nel 2004 i diabetologi statunitensi hanno potuto contare su finanziamenti per oltre un miliardo di dollari, mentre gli europei (tutti assieme) hanno dovuto accontentarsi di venti milioni di euro. Negli USA il diabete è ormai considerato un problema sociale, mentre l'Europa non sembra aver capito davvero la frequenza della malattia, che oggi riguarda almeno 25 milioni di europei, né la sua gravità. Anche in Italia: passo le vacanze al mare nel vostro Paese da 50 anni e ho visto i bimbi letteralmente ingrassare sotto i miei occhi. La buona notizia è che in Italia i malati vengono curati meglio che all'estero: perfino gli avanzatissimi statunitensi non applicano le linee guida bene quanto

“Voci sommesse” Premiate due infermiere del Pausilipon

La Commissione diocesana donna ha premiato due infermiere dell'ospedale pediatrico Pausilipon. Il riconoscimento 'Voci Sommesse' giunto alla quinta edizione, è andato a Elvira Improta, infermiera pediatrica e a Rita Severini, infermiera generica. 'L'ospedale Pausilipon è il luogo simbolo dell'assistenza ai bambini ed oggi la nostra gratitudine - ha detto, motivando il premio, Maria Antonietta Giusti responsabile della Commissione - è rivolta a due donne che hanno dato un contributo silenzioso, ma significativo.

Le due infermiere cui oggi dedichiamo un piccolo omaggio si sono distinte per i loro non comuni meriti di appoggio e di cura in un ambito doloroso'.

Dentro
la **P**rofessione

stranieri

noi, né hanno i nostri risultati nella gestione della malattia. Lo dimostra un caso illuminante raccontato da Massi Benedetti: Tempo fa gli scandinavi osservarono che il 30-40 per cento dei loro dializzati aveva una nefropatia diabetica. In Italia le percentuali erano molto più basse

grazie a un miglior controllo del diabete. Peccato che tutti si guardarono bene dal riconoscerlo: fu detto che forse i pazienti italiani morivano senza che fosse stata loro diagnosticata la nefropatia. Ovvero: siamo bravi, ma dovremmo crederci di più. E lottare per continuare a esserlo.



Cure primarie, decisiva l'assistenza sul territorio

Una dichiarazione in 10 punti detta le linee guida per un'assistenza di qualità

Si è conclusa con una dichiarazione in 10 punti la prima conferenza nazionale sulle cure primarie che si è svolta per due giorni a Bologna. Un documento programmatico, che ribadisce la necessità di salvaguardare e rafforzare l'assistenza sul territorio, a partire da un concetto di rete e di salute integrale.

Nel primo punto si stabilisce che la salute non deriva soltanto dall'efficienza dei servizi sanitari ma dalle politiche più generali di una comunità, per poi proseguire con il principio del ripensamento della rete sul territorio. Il terzo punto indica il distretto come nodo fondamentale dell'organizzazione e il quarto la necessità di continuità assistenziale. Nel quinto punto si stabilisce la necessità di una continuità fra le varie aree dell'assistenza: sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera; mentre nel sesto si riconosce proprio nell'assistenza primaria la risposta migliore per la maggiore domanda di cure della popolazione. Nel settimo punto si indica la valorizzazione di responsabilità e competenze e nell'ottavo l'urgenza per i sistemi di cogliere in modo precoce i nuovi bisogni. Infine, nel nono punto si sottolinea come l'integrazione delle discipline sia necessaria e si conclude con il decimo punto, nel quale si asserisce che i sistemi devono essere fondati su trasparenza, merito, coinvolgimento delle professioni e partecipazione attiva dei cittadini.

'Non siamo all'anno zero della medicina del territorio - ha detto Stefano Inglese, consigliere del ministro della Salute e coordinatore della conferenza - la scelta di valorizzare la medicina del territorio non è un'opzione ma una strada obbligatoria'

Nel trattamento della stenosi spinale lombare vince la chirurgia

L'approccio chirurgico per il trattamento della stenosi spinale lombare è efficace e porta a risultati migliori rispetto a una scelta di tipo conservativo, non chirurgico.

È quanto evidenziano i risultati di un recente studio pubblicato sulla rivista New England Journal of Medicine. La stenosi spinale lombare, una patologia che colpisce soprattutto gli "over 60", è caratterizzata dal restringimento del canale spinale e radicolare e causa dolore, un tipo particolare di sciatalgia e claudicatio con improvvisa debolezza degli arti inferiori. La ricerca ha arruolato un totale di 654 pazienti, 289 in modalità randomizzata, 365 nell'ambito di uno studio osservazionale.

Al secondo anno di follow-up il 67 per cento dei pazienti indirizzati alla chi-

rurgia e il 43 per cento di coloro per i quali inizialmente era stato scelto un approccio differente venivano sottoposti a intervento per la decompressione delle strutture nervose. "I risultati sono stati estremamente soddisfacenti", affermano gli autori.

"Nei pazienti trattati chirurgicamente abbiamo riscontrato outcome decisamente superiori sia in termini di scomparsa del dolore, sia per quanto concerne il recupero della funzionalità degli arti e della deambulazione. Con evidenti e positive ricadute sul benessere psicologico e sulla percezione del proprio stato di salute".

Questi risultati sono estremamente incoraggianti e consentono finalmente di prospettare ai pazienti un'opzione terapeutica di sicura efficacia.

Dentro
la **P**rofessione

Fegato, l'organo centrale

DI VALERIO DE MARTINO

Il fegato, collocato più o meno al centro del nostro corpo è un organo «impari», cioè non è presente in due copie, come per esempio i reni o i polmoni. Ciò significa che dobbiamo cercare di conservarcelo il più possibile sano e funzionante, perchè non ci sono «riserve in panchina» pronte a farsi carico del suo lavoro, che è assolutamente fondamentale per la nostra vita.

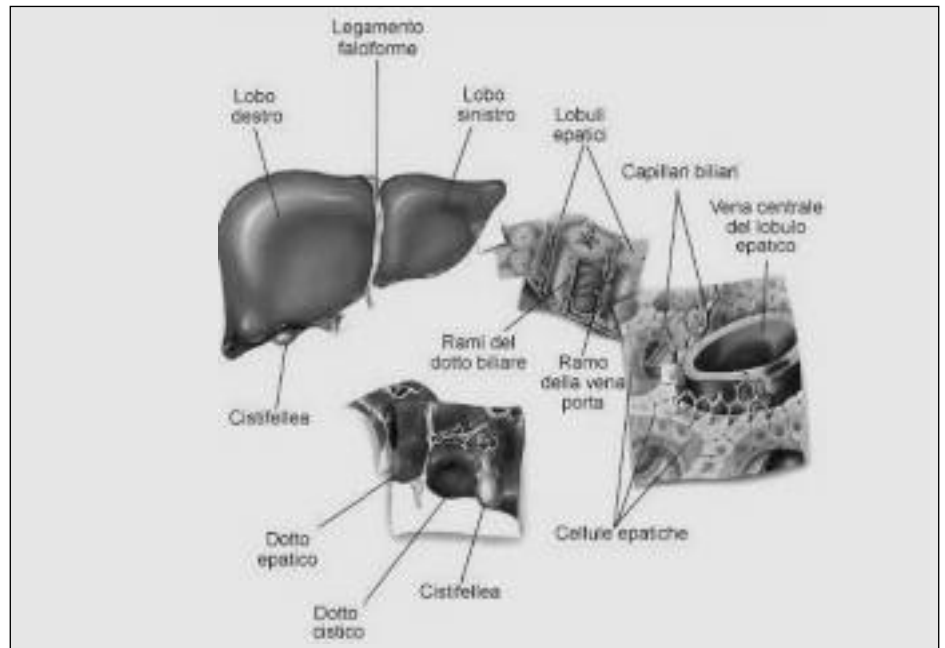
Il fegato, infatti, è al centro del metabolismo ed essendo deputato a «disintossicare» l'organismo, è esposto a una gran varietà di insulti e quindi è uno dei più frequenti organi danneggiati del corpo.

Le malattie del fegato, nelle loro varie manifestazioni, colpiscono il 5-6% delle popolazioni in Europa e in America e oltre il 15% degli abitanti di Asia, Africa, Sud America. Nel nostro Paese, così come in Russia, la percentuale di malati si pone a metà strada e arriva a circa il 10%.

L'infiammazione e la necrosi (morte) delle cellule può essere causata da infezioni (soprattutto virali), da cause tossiche (compresi farmaci e alcol) e da reazioni autoimmunitarie.

Tutte queste forme possono durare nel tempo (epatiti croniche) ed evolvere in varia percentuale verso la cirrosi epatica poiché l'infiammazione e la necrosi portano alla genesi della fibrosi (cicatrici) e di noduli di rigenerazione di cellule epatiche malfunzionanti: ogni anno nel 3-4% delle cirrosi può comparire un tumore epatico, generalmente carcinoma epatocellulare.

Il fegato è l'organo del corpo di maggiori dimensioni e pesa in media 1500 grammi; è localizzato nel quadrante superiore destro e viene protetto anteriormente dalle coste. La faccia superiore è a contatto con il diaframma; la faccia inferiore con il grosso intestino, il rene destro, il duodeno, lo stomaco e l'esofago. Posteriormente l'organo è a contatto con la colonna vertebrale. Il fegato viene anatomicamente distinto in quattro lobi, dei quali due, il lobo destro e quello sinistro, sono di maggiori dimensioni, mentre il lobo quadrato e il lobo caudato sono più piccoli e hanno una posizione centrale. L'organo riceve un duplice apporto di sangue attraverso la vena porta (che convo-



glia al fegato il sangue venoso proveniente dall'intestino e dalla milza) e l'arteria epatica. Il punto in corrispondenza del quale i due vasi entrano nel fegato viene chiamato ilo epatico; qui vena porta e arteria epatica si dividono in due rami destinati a ciascuno dei due lobi maggiori. Nella stessa sede il dotto epatico di destra e quello di sinistra si riuniscono a formare il dotto epatico comune, che diviene il coledoco dopo aver ricevuto il dotto cistico, proveniente dalla colecisti o cistifellea quest'ultima è localizzata sulla superficie inferiore del fegato e ha il compito di concentrare la bile: la sua capacità è di circa 50 ml. Il dotto biliare principale, o coledoco, ha il compito di portare al duodeno la bile prodotta dal fegato.

All'interno del fegato la vena porta e l'arteria epatica si dividono in fini diramazioni, localizzate negli spazi portalici: questi ultimi sono interposti tra i lobuli epatici che rappresentano le unità strutturali dell'organo: si tratta di strutture piramidali costituite da travate di cellule epatiche, o epatociti, che poggiano su una trama reticolare di sostegno. Le travate di cellule epatiche sono a contatto con i sinusoidi epatici, cioè le diramazioni più fini dei vasi sanguigni contenuti negli spazi portalici, con le cellule di Kupffer e con le cellule di Ito. Le cellule

di Kupffer costituiscono il 15% circa di tutte le cellule del fegato e sono ancorate ai sinusoidi: sono dotate di potere fagocitario, cioè capaci di captare e distruggere elementi estranei come batteri, virus, ecc. Le cellule di Ito sono in grado, sotto vari stimoli, di formare tessuto connettivale.

Al centro del lobulo si trova la vena centrolobulare. Le vene centrolobulari si gettano nelle vene sovraepatiche che raccolgono quindi il sangue venoso refluo dal fegato; queste ultime vanno a confluire nella vena cava inferiore, la più grossa vena del nostro organismo.

Negli spazi portalici, oltre alle ramificazioni più fini della vena porta e dell'arteria epatica, si trovano anche i fini dotti biliari che costituiscono le origini della via biliare.

Più lobuli epatici ricevono sangue da un unico ramo portale e da un'unica diramazione dell'arteria epatica e fanno affluire la bile in un dotto biliare.

Pertanto il fegato, accanto alla grossolana suddivisione in quattro lobi, può essere suddiviso in otto segmenti; questi non hanno una struttura anatomica evidente, ma sono molto utili dal punto di vista chirurgico, in quanto possono essere asportati con relativa facilità, soprattutto nel caso di tumori localizzati.

e unico

FUNZIONI DEL FEGATO

Il fegato ha un ruolo centrale nei principali processi metabolici dell'organismo. Per questo motivo una patologia che interessi quest'organo può compromettere varie funzioni, anche se le riserve funzionali del fegato sono notevoli; in genere, se l'organo è normale, l'epatectomia subtotale è perfettamente compatibile con la vita e non comporta uno stato d'insufficienza epatica acuta. D'altra parte l'organo è dotato della capacità di rigenerare, per cui l'asportazione di una parte del fegato viene compensata con la rigenerazione almeno parziale. Se, invece, ha già una malattia di base, l'epatectomia, specie se estesa, comporta la rapida comparsa di un'insufficienza epatica con compromissione globale di tutti i processi metabolici.

SINTESI DELLA BILE

La bile è una soluzione acquosa prodotta dalle cellule epatiche nella quantità media giornaliera di 5500 millilitri, secreta nei piccoli dotti biliari. Attraverso il dotto epatico comune e il dotto cistico essa viene immagazzinata nella colecisti dalla quale, mediante contrazione della componente muscolare della sua parete, viene escreta nel coledoco e quindi passa nell'intestino.

La bile epatica ha una diversa composizione percentuale rispetto a quella colecistica, poiché la cistifellea svolge una funzione di concentrazione della bile mediante assorbimento di elettroliti (sodio, potassio ecc.) da parte della sua parete. Il colesterolo e i fosfolipidi sono trattati nel capitolo relativo al metabolismo lipidico. Gli acidi biliari che compongono la bile (acido colico e chenodesossicolico) vengono prodotti dagli epatociti a partire dal colesterolo e, successivamente, uniti a due aminoacidi, la glicina e la taurina. Nell'intestino essi vengono ulteriormente modificati dalla flora batterica, che li scinde in glicina, taurina e acidi biliari, i quali, a loro volta sono in parte trasformati in acidi biliari secondari (acido desossicolico e litocolico). A livello del tratto terminale dell'intestino tenue, i sali biliari vengono assorbiti e ritornano al fegato attraverso la vena porta (circolo entero-epatico); nel fegato possono essere ulteriormente elaborati con sintesi di acidi biliari terziari (acido



ursodesossicolico) e/o nuovamente uniti alla glicina e alla taurina ed eliminati nuovamente nella bile. Gli acidi biliari sono detergenti e in soluzione acquosa formano degli aggregati chiamati "micelle". La loro funzione è quella di consentire la solubilità nella bile del colesterolo, che di per sé non è solubile in ambiente acquoso; inoltre sono fondamentali per l'assorbimento intestinale dei lipidi o "grassi".

METABOLISMO DEI CARBOIDRATI

Il fegato ha la funzione di mantenere normali i livelli di glucosio nel sangue attraverso un complesso di processi metabolici regolati da ormoni (insulina, glucagone, ormone della crescita, adrenalina). In quest'organo si trova il "deposito dello zucchero" in forma di glicogeno, che è un polisaccaride (unione di diverse molecole di glucosio). Durante un pasto gli zuccheri complessi contenuti negli alimenti vengono scissi in unità elementari, o monosaccaridi, cioè glucosio, galattosio (contenuto nel latte) e fruttosio (contenuto nella frutta). Questi vengono assorbiti nell'intestino tenue e avviati al fegato attraverso la vena porta. L'insulina consente l'ingresso del glucosio negli epatociti, dove viene convertito in forma metabolicamente attiva il glucosio 6-fosfato, quando la glicemia (cioè i livelli di glucosio nel sangue) ha un valore sufficiente per il fabbisogno energetico dell'organismo il glucosio 6-fosfato; viene polimerizzato a glicogeno. Durante il digiuno, invece, livelli adeguati di glicemia vengono immediatamente assicurati mediante la demolizione del glicogeno epatico stesso. Questa scorta, tuttavia, ha una durata limitata, per cui è necessaria la produzione ex novo di glucosio a partire da strutture non glucidiche, quali aminoacidi e acidi grassi: anche questo processo, chiamato "gluconeogenesi", si svolge nel fegato. Nelle malattie epatiche gravi tali processi metabo-

lici sono in parte compromessi; nell'insufficienza epatica grave (per esempio, nelle fasi terminali della cirrosi o durarne un'epatite fulminante) il paziente può manifestare i sintomi dell'ipoglicemia (cioè bassi livelli di glucosio nel sangue): ciò è dovuto alla ridotta disponibilità di glicogeno come fonte di glucosio e alla scarsa efficienza della gluconeogenesi. Nelle fasi meno avanzate della cirrosi, invece, si rileva spesso la presenza di "intolleranza glucidica" o, addirittura, di diabete mellito.

METABOLISMO LIPIDICO

I lipidi della dieta nella parete dell'intestino tenue vengono incorporati in strutture lipoproteiche di grosse dimensioni, chiamate "chilomicroni", passano quindi nella linfa e in circolo, tramite il quale giungono ai capillari, al tessuto adiposo e ai muscoli. Un enzima contenuto nella parete dei capillari consente la liberazione degli acidi grassi dalla struttura dei chilomicroni. Gli acidi grassi e il residuo dei chilomicroni vengono, quindi, captati dal fegato; qui gli acidi grassi possono essere trasformati in trigliceridi e legati alle apoproteine, il cui compito specifico è quello di provvedere al trasporto dei lipidi in circolo.

METABOLISMO DEGLI ORMONI

Nel fegato si verifica l'inattivazione di molti ormoni; l'insulina e il glucagone, che regolano il metabolismo degli zuccheri; la tiroxina e la triiodotiroxina (ormoni della tiroide), e i corticosteroidi. Anche gli ormoni sessuali, testosterone ed estrogeni, vengono metabolizzati nel fegato. Molto probabilmente gli alti livelli di estrogeni, che conseguono alla loro mancata inattivazione, sono responsabili di alcuni segni tipici della cirrosi, quali la caduta dei peli pubici e ascellari, l'atrofia dei testicoli, ecc. Inoltre gli estrogeni hanno un effetto inibente sulla secrezione della bilirubina nella bile.

Dentro
la **P**rofessione

Malformazioni congenite

La spina bifida

La Spina Bifida (o mielomeningocele) è una delle malformazioni congenite più frequenti e causa una invalidità permanente. È il più ricorrente dei difetti congeniti del tubo neurale e deriva dalla mancata chiusura di alcune vertebre durante le primissime settimane di gestazione.

Le conseguenze della Spina Bifida sono di varia gravità a seconda del livello della lesione, dalla limitazione della funzione motoria e sensoriale degli arti inferiori alla paraplegia. Inoltre comporta: frequenti deformità dei piedi e malformazioni delle anche, disfunzioni della vescica e degli sfinteri e conseguente incontinenza urinaria e/o fecale, possibile compromissione della funzione renale nella maggioranza dei casi idrocefalia.

L'Associazione Campana Spina Bifida e Idrocefalo

(ACISB) è stata costituita da persone con Spina Bifida, da loro genitori e da quanti condividono e intendono sostenere gli obiettivi che essa si propone. L'ACISB è iscritta al Registro regionale del Volontariato e aderisce alla FAISBI (la Federazione delle Associazioni Italiane Spina Bifida) allo scopo di promuovere ogni iniziativa idonea a fornire sostegno alle famiglie, sostenere, promuovere e incentivare la ricerca medico-scientifica sulla Spina Bifida e l'idrocefalo, stimolare la cooperazione e il coordinamento tra gli specialisti, fornire informazioni a tutti i livelli (istituzionali, scolastici, familiari) in ordine alla patologia e alla sua prevenzione, alle novità sanitarie e legislative, agli strumenti necessari o utili per il raggiungimento di una migliore qualità della vita.

In tale ottica uno degli



obiettivi primari è quello del raggiungimento della maggiore autonomia possibile da parte dei ragazzi. A tale scopo l'Associazione organizza percorsi di autonomia che prevedono, tra l'altro, l'allontanamento dalla famiglia per brevi periodi (giornate e week-end formativi e ricreativi). Spesso, però, alcuni ragazzi non hanno modo di partecipare a tali occasioni a causa della loro "dipendenza" dai genitori per l'espletamento delle loro funzioni corporee. Nonostante l'Associazione organizzi periodicamente corsi per l'autocateterismo al fine di insegnare, con l'ausilio di personale specializzato, ai ragazzi con vescica neurologica a rendersi autosufficienti nella gestione della funzione urinaria, non tutti riescono ad imparare "a far da soli" e hanno bisogno dell'assistenza di un genitore per effettuare tale manovra. È fin troppo evidente, però, che la presenza di un genitore in "soggiorni

per l'autonomia" è altamente controproducente, mentre i volontari in genere coinvolti in tali iniziative non possono, ovviamente, essere di aiuto.

Potrebbero invece essere di grande aiuto volontari in possesso di una qualifica idonea ad effettuare la manovra del cateterismo intermittente. Il loro supporto consentirebbe a molti ragazzi e a molte famiglie di usufruire di opportunità di crescita nell'autonomia e, allo stesso tempo, potrebbe costituire un ulteriore momento formativo all'autocateterismo e all'indipendenza.

Il Presidente A.C.I.S.B.
PAOLA MAJELLO

**A.C.I.S.B. - Associazione
Campana Idrocefalo e Spina
Bifida - Onlus**

**Sede legale: Via L. De
Crecchio, 4 Dip. Pediatria -
Napoli**

**Sede operativa: Via G. Orsini,
30 - 80132 Napoli
e-mail: info@acisb.it**

